



**WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ການກວດສອນ – ໄວດັກບັນຕົ້ນ: 2-4 ອາທິດ

ມະນຸຍາ ກຽງວັນເປັນຜູ້ປະກອບເຫຼວດງານ	ຊື່ດັກ		ນຳເອົາມາໄດ້ຍ:	ວັນທີກິດ																																																																				
	ອາການຜິດ		ປາທີໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ																																																																					
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດຂັ້ນຫາ/ສຶກກັງວິນ ນັບແຕ່ມາເທົ່າສູດຫ້າຍ			ມັນຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເຮືອງ:																																																																				
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍນອນດີ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍກິນ, ດຸດດີ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍສາມາດໄດ້ຍືນສຽງ.		ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍເບີ່ງໜ້າຂ້ອຍ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເວລາເຕີ, ເດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍສາມາດຢຸດເວລາຖືກເຈົ້ານຳ ຫລື ອຸ້ມ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ກັງວິນທີຂ້ອຍມີອາການເຈົ້າເລື້ອບ່ຽງ.																																																																					
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____  Elimination _____  Sleep _____  <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Newborn Screen: (PKU) <input type="checkbox"/> Other: _____																																																																					
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history			Development: Circle area of concern <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Adaptive/Cognitive</td> <td style="width: 33%;">Language/Communication</td> <td style="width: 33%;">Fine Motor</td> </tr> <tr> <td>Gross Motor</td> <td>Social/Emotional</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Behavior</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mental Health</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Physical:</td> <td>N A</td> <td></td> </tr> <tr> <td>General appearance</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chest</td> <td>N A</td> </tr> <tr> <td>Skin</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lungs</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Head/Fontanelle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cardiovascular/Pulses</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eyes/Red Reflex</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Abdomen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ears</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Genitalia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Spine</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oropharynx</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Extremities/Hips</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Neck</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Neurologic</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nodes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Adaptive/Cognitive	Language/Communication	Fine Motor	Gross Motor	Social/Emotional		Behavior			Mental Health			Physical:	N A		General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	N A	Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eyes/Red Reflex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities/Hips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Adaptive/Cognitive	Language/Communication	Fine Motor																																																																						
Gross Motor	Social/Emotional																																																																							
Behavior																																																																								
Mental Health																																																																								
Physical:	N A																																																																							
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	N A																																																																				
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Eyes/Red Reflex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities/Hips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Describe abnormal findings and comments:			Health Education: (Check all discussed/handouts given) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Sleeping on back <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding/colic <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> No bottle in bed <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Maternal Depression <input type="checkbox"/> Other: _____																																																																					
			Assessment/Plan: <hr/> <hr/> <hr/>																																																																					
			IMMUNIZATIONS GIVEN REFERRALS																																																																					
<b>NEXT VISIT: 2 MONTHS OF AGE</b>			HEALTH PROVIDER NAME																																																																					
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS																																																																					

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2-4 weeks)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Hearing Screen**

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus, or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

### **Developmental Milestones**

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, the Denver II, or other developmental screen.

Yes      No

- Regards face.
- Lifts head while prone.
- Moves extremities equally.
- Mother responds to infant cues.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



## ການກວດດັກໃຫ້ນີ້ສຸຂພາບດີ - ແອນ້ອຍ: 2-4 ອາທິດ WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS (ເຮັດຕາມຄໍາອຸ້ນໍາ EPSDT)

ວັນທີ

ການກວດສອບ – ໄວດັກບົນຕົນ: 2-4 ອາຫິດ

## ສຸຂພາບດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 2 ອາທິດ

### ປາກົດການຊີວິດ

ວິທີການຕຶກໂນໂລຢີຂອງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ  
ລະຫວ່າງອາຍ 2 ອາທິດ ແລະ 2 ເດືອນ.

ເປົ່າມີຫຸ້ມ້າທ່ານເວລາທ່ານຊັ້ນ, ເປົ່ານຳທ່ານເວລາທ່ານຍົກຍ້າຍ.  
ສິນໃນຈຳສຽງຂອງທ່ານ.

ສະແດງໃຫ້ຮູ້ວ່າລາວ (ຊາຍ) ໄດ້ຍືນໄດ້ການສະດັບຕື່ນ, ພັບຕາ,  
ຫລື ໄຕ້.

ເໜັງແວນ, ແລະ 2, ພະຍາຍາມຍົກທົວຂຶ້ນເວລານອນຂ້ວມ.  
ບອກໃຫ້ທ່ານວ່າສັງເກົນລາວ (ຍິງ) ຕ້ອງການໄດ້ການກະຟິດກະຟັດ  
ຫລື ຮັງໃຕ້.

ທ່ານສາມາດຊ່ວຍດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່  
ໄດ້ການຫັ້ນກັບລາວ (ຍິງ).

### ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເຜີ່ມຕົ້ນ

ເພື່ອຊອກຫາທ່ານໜີ ຫລື ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ປະກັນໄຟສຸຂພາບ  
ຝຣີ ຫລື ຄ່າຕໍ່ໃຫ້ແກ່ດັກຂອງທ່ານ: ສາຍການສິ່ງຕໍ່ໄປ  
ແລະ ຂໍ້ມູນດັກນີ້ສຸຂພາບສິນບູນ, ແມ່ສິນບູນ,  
1-800-322-2588 (ສຽງ) ຫລື 1-800-833-6388  
(ສາຍຄົມເສົ່າງອິງຄະ TTY).

ຂໍ້ມູນການລັບດັກດ້ວຍມິນແມ່, ອາຫານ ແລະ ສຸຂພາບ:  
ໂຄງການຜູ້ຍິງ, ດັກນ້ອຍ, ດັກ (WIC), ໃຫ້ໃຫ້ຫາຂໍ້ມູນ  
ແລະ ສາຍສິ່ງຕໍ່ແມ່ສິນບູນ, ດັກນ້ອຍສິນບູນ (ນຳທີ່ຢູ່ເຖິງນີ້)  
ຄວາມປອດໄພບ່ອນນັ່ງຮົດ: ການຮ່ວມການຢັ້ງຕ້ານປອດໄພ,  
1-800-BUCK-L-UP(ສຽງ) ຫລື 1-800-833-6388  
(ສາຍຄົມເສົ່າງອິງຄະ TTY)

ຄວາມຮູ້ການເປັນຝ໌ແມ່ ຫລື ການສັນບສມູມ: ສາຍຊ່ວຍ  
ເຫຼືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673) ແຫວ່ງຕ່າງໆ  
ດ້ານຄອບຄົວເຂດ ນິແວສ່ວນ 1-888-746-9568 ຫ້ອງຮຽນ  
ຕາມວິທະຍາໄລຫ້ອງຖິ່ນ.

### ຄຳແນະນຳດ້ານສຸຂພາບ

ໃຫ້ຮຽນຮູ້ໄວ້ເວລາດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຫົວອາຫານ, ເພື່ອວ່າທ່ານຈະສາ  
ມາດເອົາໃຫ້ລາວ (ຍິງ) ກິນກ່ອນລາວ (ຍິງ) ໄຕ້. ລາວ (ຍິງ) ອາດກະຟິດ  
ກະຟັດ ຫລື ປຶ້ມທົວໄປຫາກ່າຍຂອງທ່ານເວລາທ່ານຊັ້ນລາວ (ຍິງ).

ນິນແມ່ເປັນອາຫານທີ່ສິນບູນທີ່ສຸດສຳລັບດັກນ້ອຍຢ່າງໜ້ອຍປີທໍາອິດ.  
ສືບຕໍ່ລັງດັກນ້ອຍດ້ວຍນິນແມ່ຕໍ່ໄປຄົນຕ້າທີ່ຈະດິນໄດ້.

ຖ້າທ່ານເອົາແກ້ວມີນໃຫ້ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຊັ້ນລາວ (ຊາຍ)  
ຢູ່ແຂນເວລາກິນນິນ. ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຕ້ອງການເວລາພິເສດ  
ຢູ່ກັບທ່ານ.

ການສັກປາກັນປະຈຸບັນດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຈາກ 12 ພະບາດທີ່ຮ້າຍ  
ແຮງທີ່ສຸດ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໄດ້ສັກປາກັນພະຍາດ  
ຄົບຊຸດຕາມເວລາ.

ຈົງເອົາດັກນ້ອຍຂອງທ່ານອນຫາຍສມີ ເພື່ອຫລຸດຜ່ອນການສ່ຽງ  
ອາການຕາຍຂອງດັກນ້ອຍຢ່າງກະທັນຫັນ (SIDS). ຜ້ອມກັນ  
ນັ້ນກໍຫລືເວັ້ນການເອົາແນວວຸ່ນບ່ອນອ່ອນ ຫລື ຂອງຫັ້ນຍັດໃສ່ໃສ່  
ນໍາຕຽງອນອນ.

ເອົາດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໜີໄກຈາກຄົມຜູ້ເປັນຫວັດ ແລະ 2.  
ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຜູ້ຊັ້ນ ຫລື ຖຸແດກນ້ອຍຂອງທ່ານລ້າງມີຂອງເວົາເຈົ້າ  
ເລື້ອບ່າງ.

### ຄຳແນະນຳການເປັນຝ໌ແມ່

ເອົາຄວາມເອົາໃຈໃສ່ຂອງທ່ານເປັນຂອງຂວັນໃຫ້ແກ່ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ.  
ໃຊ້ເວລາໃຫ້ເຕັມທີ່ເພື່ອຊັ້ນລາວ (ຊາຍ), ເປົ່າຕາຂອງລາວ (ຊາຍ),  
ເວົາຄ່ອຍໆນຳລາວ (ຊາຍ). ລາວ (ຊາຍ) ສາມາດເຫັນ ແລະ ໄດ້ຍືນ  
ທ່ານ. ລາວ (ຊາຍ) ກໍາລັງຮຽນແລ້ວ!

ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຝຶດຝັດ ແລະ ໃຫ້ເພື່ອພະຍາຍາມບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າ  
ລາວ (ຍິງ) ຕ້ອງການຫົງກັງ. ເຮັດໃຫ້ລາວ (ຍິງ) ສະບາຍເວລາລາວ (ຍິງ)  
ໃຫ້. ການຊ່ວຍຈະບໍ່ເປັນການເອົາໃຈລາວ (ຍິງ) ຈົນຕົກິນຕົວ.

### ຄຳແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ໃຊ້ບ່ອນນັ່ງຮົດເປັນໄປຫລັງສຳລັບດັກນ້ອຍຂອງທ່ານທຸກເວລາເຊື້ອດ.  
ໃສ່ສາຍຮັດລາວ (ຊາຍ) ໄວເບາະຫລັງ, ໃຫ້ໄກຈາກຖົງອາກາດ.

ປ່າສັນດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ. ການສັນສາມາດພາໃຫ້ເກີດຄວາມເສັງ  
ຫາຍຕໍ່ສົມອງຢ່າງຮ້າຍແຮງທີ່ສຸດ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຜູ້ດຸແດກດັກນ້ອຍຂອງ  
ທ່ານຮູ້ສຶງນີ້.